

服薬情報提供書（兼 糖尿病フォローアップシート）

報告日 年 月 日

診療科：科 担当医：医師	保険薬局：（名称、所在地、電話・FAX 番号） 薬剤師名：
患者番号(ID)： 患者氏名： 報告に際しての患者同意 ☐ 得た ☐ 得ていない フォローアップの対象 ☐ 本人 ☐ その他（ ）	

＜以下、該当する箇所がありましたら□内にチェック☑の記入をお願いします＞

該当薬剤：☐スルホニル尿素薬 ☐インスリン製剤 ☐その他糖尿病用剤（ ）
☐初回指導報告 ☐処方薬変更時報告 ☐1ヶ月定期報告 ☐管理状況臨時報告 ☐その他

I：評価項目（評価の記載 → ○：できている、×：できていない、－：該当なし）

項目	評価	項目（注射薬使用患者向け）	評価
服薬コンプライアンス		インスリン・GLP-1 の開封後の使用期限	
用法用量の理解		インスリン・GLP-1 の保管方法	
～特記事項～（上記項目×があった際はなるべく詳しく記載をお願いします）			

II：残薬の確認

☐ 残薬なし ・ ☐ 残薬あり→（残薬量： ）	
～上記残薬ありの該当の場合は患者の対処法の提案を以下に記載～（複数回答可）	
☐ 用法の統一（例：すべて食直前にする）	☐ 訪問薬剤管理介入の必要性
☐ 一包化が必要	☐ お薬カレンダーの導入
☐ その他の提案事項（ ）	
～特記事項～（内分泌糖尿病内科医師や糖尿病看護外来への依頼・提案事項や確認事項など）	

返信欄

（病院→薬局）

☐報告内容を確認いたしました ☐以下のように対応いたします

--

年 月 日

薬剤師名： _____